

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

22
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Adrien HARBURGER

Né le 27 décembre 1898 à Oran (Algérie)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LA RÉSECTION ATYPIQUE

DES

TUMEURS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

PAR LES VOIES NATURELLES

(Tumeurs d'origine dentaire exceptées)

“ A LA DEMANDE DES LÉSIONS ”

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Adrien HARBURGER

Né le 27 décembre 1898 à Oran (Algérie)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LA RÉSECTION ATYPIQUE

DES

TUMEURS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

PAR LES VOIES NATURELLES

(Tumeurs d'origine dentaire exceptées)

“ A LA DEMANDE DES LÉSIONS ”

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET . . .	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ . . .	Pathologie médicale.
N...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . .	} Pathologie médicale.
CLERC . . .	
DEBRÉ . . .	Hygiène.
I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER . . .	} Pathologie médicale.
FOIX . . .	
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . . .	Urologie.

MM

HOVELACQUE . . .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ(Henri). . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . . .	Obstétrique.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie
N...	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . . .	Obstétrique.
MOCQUOT . . .	} Pathologie chirurgicale
MONDOR . . .	
MOURE . . .	} Pathologie chirurgicale
MULON	
MULON	Histologie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
RIBIERRE . . .	Pathologie médicale.
RICHER Fils . . .	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT . . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT . . .	Obstétrique.

MM.

RETTERER . . .	Histologie.
----------------	-------------

— IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	} Clinique chirurgicale.	LÉRI	} Clinique médicale.
CHEVASSU . .		LÉPER	
LIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET . . .	Clinique médicale infantile.	N...	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Pour délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR MOÏSE ABOULKER

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MON ONCLE ET PREMIER MAITRE

LE DOCTEUR HENRI ABOULKER

Chirurgien de l'Hôpital de Mustapha (Alger)
Chargé du Cours de Clinique O. R. L. à la Faculté de Médecine d'Alger
Chevalier de la Légion d'Honneur

A LA MÉMOIRE DU LIEUTENANT JEAN AUTIER

Elève de l'Ecole Normale Supérieure
Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de guerre
Mort au champ d'Honneur

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

Professeur de Clinique O. R. L. à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu, en acceptant la présidence de cette Thèse, nous donner une nouvelle marque d'intérêt.

Qu'il trouve ici un faible témoignage de notre reconnaissance et de notre affectueux respect.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ D'ALGER :

M. LE PROFESSEUR CRESPIN (*in memoriam*).
M. LE DOCTEUR GOINARD.
M. LE PROFESSEUR LEBLANC.
M. LE PROFESSEUR ARGAUD.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

M. LE DOCTEUR P. E. WEIL.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE.
M. LE DOCTEUR PISSAVY.
M. LE PROFESSEUR GOSSET.
M. LE PROFESSEUR A. BROCA (*in memoriam*).
M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE.
M. LE DOCTEUR DUJARIER.
M. LE DOCTEUR SAVARIAUD.
M. LE PROFESSEUR SEBILEAU.

MM. LES DOCTEURS GUIMBELLOT, DESPLAS,
MADIER, MASSART, ROUHIER, MONOD.

A NOTRE MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. HOVELACQUE

*Dans le laboratoire de qui nous avons
trouvé, en même temps que le plus
affable accueil, les conseils d'un
Maître affectueusement amical.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BALDENWECK

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Beaujon

*Qui nous a enseigné les premiers élé-
ments d'otologie,
Hommage reconnaissant.*

A MM. LES DOCTEURS DUFOURMENTEL,
MIÉGEVILLE, BONNET-ROY,
TRUFFERT, CHATELLIER, WINTER, CORNET,
CARRÉGA, TOURNEIX.

A MES MAITRES DE CONFÉRENCES

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON AMI GASTON LÉVY

Médaille militaire, Croix de guerre
Mort au champ d'Honneur.

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

1. **Anomalie de division de la branche postérieure du nerf radial. Extenseur propre du médus.** (*Bull. Soc. Anat.*, mars 1924).

2. **Gangrène sénile** (en collaboration avec HENRI REDON), *Gazette des hôpitaux*, nos 1 et 3, 1925.

3. **Brantome et la médecine** (*Vie médicale*, n° 7, 1925).

4. **Diagnostic et indications opératoires des mastoïdites aiguës** (*Vie Médicale*, n° 8, 1925).

5. **Spina bifida occulta et sacralisation** *Bull. Soc. Anat.*, juillet 1925).

6. **Les branches collatérales du sympathique thoracique à distribution vasculaire et viscérale intrathoracique** (en collaboration avec A. HOVELACQUE), *Bull. Soc. Anat.*, juillet 1925.

7. **Un cas d'appareil hyoïdien complet bilatéral** *Bull. Soc. Anat.*, juillet 1925).

8. **Etude anatomique, clinique et radiologique de l'appareil hyoïdien normal et anormal chez l'homme** (*Archives internationales de Laryngologie*, nos d'octobre et de novembre 1925).

9. **En lisant les mille et une nuits** (*Vie Médicale*, n° 7, 1926).

10. **Importance clinique de l'appareil hyoïdien complet** (*Vie Médicale*, n° 11, 1926).

11. **Les traitements modernes de l'ozène** (*Vie Médicale*, nos 16 et 17).

INTRODUCTION

I. — Historique

Dans une des dernières éditions de son *Précis de Manuel Opératoire*, FARABEUF écrivait :

« On ne s'exerce guère dans les amphithéâtres qu'à
» enlever une moitié du maxillaire inférieur : C'est
» l'exercice à faire. Mais dans la pratique, en présence... de néoplasmes, le chirurgien a pu et peut
» être amené à enlever la partie moyenne du corps ou
» sa partie latérale, ou seulement le bord alvéolaire
» sans rompre la solidité de l'os ».

Cependant la lecture du détail technique montre bien que si FARABEUF envisageait la *possibilité* d'une résection atypique et économique, résection à la *demande des lésions*, il n'attachait pas à cette intervention l'importance qu'elle mérite et malgré les nombreuses communications de notre Maître le Professeur SEBILEAU sur ce sujet, de 1906 à 1909, la lecture des différents ouvrages et des comptes rendus de la Société de Chirurgie laisse voir dans quel oubli injustifié est restée cette opération.

Même aujourd'hui, la résection atypique qui respecte l'esthétique et la fonction du maxillaire inférieur ne semble pas avoir conquis la majorité des chirurgiens.

OMBRÉDANNE l'a pourtant citée dans son *Traité des maladies des mâchoires* (1909) : c'était un an après la discussion à la Société de chirurgie.

Depuis on semble l'avoir oubliée. LENORMANT, dans son article du *Précis de Pathologie externe* sauf pour les tumeurs d'une bénignité certaine, ne semble pas lui accorder une grande confiance ; et dans le *Précis de Chirurgie opératoire* de LENORMANT et BROcq sur la chirurgie de la tête et du cou, si la résection économique atypique, résection à la demande, du maxillaire supérieur est bien décrite grâce à des travaux récents (*Thèse* de Pierre CORNET 1925) pour le maxillaire inférieur, il n'est question d'autres résections que de l'hémi-résection typique des classiques.

Durant notre internat dans le Service de notre Maître le Professeur SEBILEAU, nous avons vu qu'il s'y pratiquait exclusivement les résections atypiques par les voies naturelles, (toutefois lorsque l'étendue des lésions n'obligeait pas à sacrifier d'emblée un héli-maxillaire) qu'il s'agit d'un kyste, d'une nécrose toxique ou inflammatoire, d'une tumeur bénigne ou maligne.

La bénignité de cette intervention, tant au point de vue vital qu'au point de vue fonctionnel nous a frappé : en effet, nous savons que l'hémi-résection classique comporte au contraire un pronostic *immédiat assez sévère*, surtout lorsque l'on doit faire porter la résection

sur les parties molles et qu'elle amène la perte à peu près complète de la fonction masticatoire du côté non opéré.

*
* *

A qui revient la paternité de cette intervention ?

Rien n'est plus difficile à résoudre que ces questions de priorité.

Sans doute cette opération avait été déjà pratiquée par Jean-Louis FAURE en 1897. Mais c'est notre Maître le Professeur SEBILEAU qui en 1906, à la tribune de la Société de Chirurgie, à propos d'un rapport de M. MAUCLAIRE sur un cas de MORESTIN, prononçait pour la résection atypique par les voies naturelles et l'incision exploratrice ou la biopsie avant résection, un éloquent plaidoyer d'où nous extrayons ces lignes :

« Il y a au point de vue de la plastique et des fonctions un abîme, entre la résection atypique qui détruit sur place le néoplasme et laisse une bande d'os qui assure du même coup la continuité de l'arc mandibulaire et la permanence de l'articulation dentaire, et la résection typique de toute l'épaisseur de l'os qui pour aussi réduit que soit le segment enlevé, défigure la face et rend la mastication à tout jamais impossible sans prothèse ».

Dans des interventions ultérieures, toujours à la Société de chirurgie, il défendait à nouveau sa conception, précisait les indications de la *prothèse immédiate* en matière de résection segmentaire, *insistait sur la nécessité*

d'une biopsie et montrait les avantages de l'intervention par les voies naturelles.

Nous aurons l'occasion de revenir sur tous ces points au cours de notre travail.

II. — Ce qu'est la résection atypique. — Ses avantages

En 1907, notre Maître M. SEBILEAU disait à la Société de Chirurgie :

« Chacun connaît de quelle manière sévère l'hémi-résection de la mâchoire inférieure altère la plastique de la face et trouble les fonctions de la cavité bucco-pharyngée.

» Ce fragment flottant de l'arc mandibulaire est attiré en dedans, le menton se dévie, la face devient asymétrique, les arcades ne se correspondant plus, les dents n'articulent pas entre elles, la mastication devient très difficile, la phonation est gênée, toute la statistique de la région sus-hyoïdienne est en souffrance ».

Encore cette hémi-résection est-elle souvent trop large pour la lésion plutôt minime, parfois bénigne, pour laquelle on la pratique. *Opposée à celle-ci, la résection atypique consiste à proportionner l'intervention à la lésion, à enlever point trop de maxillaire, mais assez pour dépasser les limites du mal.*

Elle s'efforce de conserver au maxillaire inférieur, chevalier cosmétique du visage, sa forme extérieure, de ne point altérer le galbe du visage et pour ce faire, évite les incisions externes et la résection dans la totalité.

Elle s'efforce de conserver au maxillaire inférieur sa fonction masticatrice et pour cela tente aussi souvent qu'il est possible d'assurer la continuité des fragments, soit le plus souvent par la conservation du rebord inférieur parfois en respectant une partie de la superstructure du rempart alvéolaire, ou bien encore du triangle rétromolaire.

« Il faut d'ailleurs si peu de chose pour empêcher le frottement et le chevauchement des fragments. ».

Mais il arrive que la réception atypique à la demande des lésions si économique soit-elle, arrive à détruire un segment du maxillaire dans sa totalité. Dans ces cas, pour rétablir au plus tôt et au mieux la continuité osseuse, pour assurer l'articulé dentaire, il faut appliquer une *prothèse immédiate* qui, sans se substituer aux parties manquantes, maintient à leur place celles qui restent et assure ainsi à peu de frais et avec le minimum de danger opératoire, un bon résultat fonctionnel.

Tel est le but que se propose la résection atypique.

Mais en matière de néoplasies du maxillaire inférieur, assure-t-elle contre les récidives ? C'est à cette question que par l'étude d'observations recueillies dans le service, nous nous sommes efforcé de répondre.

*
* *

Nous voulons exposer ici la technique et les résultats de la chirurgie conservatrice appliquée aux tumeurs du maxillaire inférieur (celles d'origine dentaire excep-

tées). Il nous faut donc au préalable jeter un rapide coup d'œil sur l'anatomie de la région, sur la nature histologique de ces tumeurs, sur leur évolution clinique.

GÉNÉRALITÉS

I. — Anatomie de la région

La mandibule. — Nous ne dirons rien de la morphologie du maxillaire. Seule sa structure nous intéresse :

Le corps du maxillaire a la structure d'un os long dont le canal médullaire serait comblé par un tissu aréolaire à trabécule épaisse.

En effet, si on le considère, on voit que ses parois sont formées par une couche compacte, d'une épaisseur comparable à celle de la diaphyse des os longs.

Quant à la portion alvéolaire proprement dite, son architecture est fort différente, elle est formée par un tissu spongieux enfermé dans une mince coque osseuse.

Nous pouvons donc considérer au corps du maxillaire, deux portions, l'une supérieure, *la superstructure* peu résistante aux traumatismes comme aussi à la pénétration des tumeurs ; elle porte les dents.

L'autre, *l'infrastructure*, dense, est très résistante, l'épaisseur de la lame compacte atteint 5 millimètres au niveau du bord inférieur.

Ceci explique la longue résistance que l'os oppose aux tumeurs et, d'autre part, permet de comprendre comment la plus petite épaisseur de ce bord pourra maintenir les fragments en position.

Les branches, elles, ont la constitution d'un os plat.

Notons que la superstructure est relativement plus haute en avant.

Il faut remarquer sur la face interne du maxillaire les insertions du mylo-hyoïdien très oblique en bas et en avant. *En arrière, il y a juste au-dessus de lui le rebord alvéolaire. En avant, tout le corps du maxillaire, pour ainsi dire, est au-dessus.*

Il faut encore relever :

1° L'insertion si importante des génioGLOSSES sur les apophyses géni que les résections doivent s'efforcer d'éviter ;

2° Les insertions des masticateurs qui matelassent toute la branche montante.

Les rapports immédiats. — L'os maxillaire inférieur présente au point de vue qui nous occupe des rapports particuliers ;

Il porte des dents, origine des tumeurs paradentaires d'ordre dysembryoplastique ou inflammatoire.

Il est entouré d'une gencive à épithélium pavimenteux reposant sur un chorion très adhérent au périoste. C'est là une sorte de fibro-muqueuse. La gencive entoure toute la superstructure et en avant, une partie de l'infrastructure et ceci fait présumer que la plupart des tumeurs pourront être abordées par voie vestibulaire.

Les rapports médiateurs sont :

- Pour le corps, les régions sublinguale sous-maxillaire en dedans, et jugale en dehors ;
- Pour la branche montante, en dehors la peau, mais en dedans le *pharynx*.

II. — Les différentes variétés de tumeurs

Grâce à sa constitution, à la présence de l'appareil dentaire, de la gencive, le maxillaire inférieur est de beaucoup l'os qui est le plus souvent atteint de tumeurs.

Nous ne nous occuperons pas ici des *tumeurs dentaires ou paradentaires*, non plus que des *épulis* : du point de vue thérapeutique leur cause, jugée depuis longtemps, est gagnée en faveur de la résection économique.

Ces tumeurs mises à part, on rencontre au niveau du maxillaire inférieur des tumeurs conjonctives, des néoformations d'une bénignité relative, encore que capables de se transformer en tumeurs malignes, et aussi des tumeurs malignes, c'est-à-dire envahissantes et métastatiques.

a) Les tumeurs bénignes :

1) LES FIBBOMES sont rares, 3 %, ils peuvent être périphériques ou centraux.

Le fibrome pur est une tumeur bénigne, bien qu'on admette théoriquement et sans l'avoir observée la possibilité de leur transformation en sarcome.

2) LES CHONDROMES (centraux ou périphériques) très rares, de différents types histologiques (hyaline, fibrochondromes) sont bénins, à l'exception du chondrosarcome et du chondrome ostéoïde.

3) LES OSTÉOMES sont également des tumeurs rares, ils peuvent être spongieux ou éburnés.

b) Les tumeurs malignes :

1^o LES SARCOMES présentent diverses variétés plus ou moins malignes. Ce sont les plus fréquentes des tumeurs du maxillaire.

On les divise en sarcomes périostiques et sarcomes centraux. Dans le cas des tumeurs à myéloplaxe, ils sont assez bien distincts de leur coque et ceci, joint au peu de tendance d'une récurrence et à la métastase de ces tumeurs, leur donne un caractère de bénignité relative et tend à les faire ranger parmi les tumeurs bénignes. *Cependant, il y a des cas indiscutables d'évolution maligne.*

Au maxillaire inférieur, le sarcome peut occuper un point quelconque de l'os, de préférence la branche horizontale.

Le sarcome périostique débute assez souvent dans la région de l'angle ou de la branche montante.

Exceptionnellement, on aura affaire à *une tumeur mélanique*. On en connaît une dizaine de cas à la mâchoire supérieure. Nous en avons relevé, parmi nos observations incomplètes, un cas à la mâchoire inférieure.

Histologiquement, le sarcome peut être de toute espèce : à myéloplaxe, ou bien mélanique comme nous venons de le voir, exceptionnellement chlorome ou en-

dothéliome, plus souvent glolocellulaire, fusocellulaire, fibrosarcome.

2° LES CANCERS DU MAXILLAIRE n'existent pas à proprement parler et pour cause. Mais on décrit sous le nom d'épithélioma du maxillaire un épithélioma primitif des parties molles adjacentes. Nous ne parlerons pas de l'épithélioma de la langue, du pilier, des lèvres, dont la propagation au maxillaire est secondaire, mais de l'épithélioma de la gencive qui lui, envahit l'os dès les premiers stades de son développement, d'emblée pour ainsi dire. *Ce cancer de la mâchoire à une individualité clinique indiscutable, mais histologiquement c'est un épithélioma gingival propagé au maxillaire.*

Ainsi compris, le cancer du maxillaire est très fréquent. Comme le cancer de la langue ou des lèvres, il peut avoir comme point de départ *une dégénérescence d'une plaque leucoplasique.*

Les métastases ganglionnaires sont précoces et à peu près constantes.

La variété histologique la plus fréquente est l'épithélioma pavimenteux.

*
* *

Jetant sur ce chapitre un coup d'œil d'ensemble, nous voyons que les tumeurs bénignes seules, seront *sûrement* justiciables d'une exérèse économique.

Nous nous efforcerons de montrer que celle-ci est applicable à toute la chirurgie du maxillaire inférieur, sous cette réserve que cette chirurgie économique faite « à la demande des lésions » pourra conduire à des

résections aussi étendues que des résections classiques mais faites alors en connaissance de cause, et non par principe.

III. — Aperçu clinique

Notre intention n'est point de décrire minutieusement les symptômes de chacune de ces tumeurs, mais bien d'en dégager quelques traits généraux d'aspect et d'évolution d'où l'on puisse tirer des directives opératoires.

I. — A l'exception des fibromes périostiques, les tumeurs du maxillaire n'affectent pas le rebord inférieur, du moins au début de leur évolution, et sa dureté le garantit longtemps contre l'envahissement secondaire.

II. — Les tumeurs qui se développent dans l'épaisseur de l'os, entre les deux tables sont des tumeurs conjonctives, dans la règle des sarcomes d'une bénignité relative et dont la tendance envahissante commande l'exérèse précoce. Ce sont des tumeurs grosses, parfois énormes, débordantes, dont le développement se fait vers le haut et vers le bas : en dedans, en dehors.

Vers le haut, elles font tomber les dents, éclater le rebord gingival ;

Vers le bas, elles descendent dans la région sous-maxillaire et même cervicale.

En dedans, elles envahissent le plancher ;

En dehors, elles refoulent longtemps la joue avant de l'envahir.

III. — Les épithéliomas atteignent *toujours* la superstructure. Ils sont donc *toujours* à développement vestibulaire. Ils ne débordent que peu à peu sur les régions voisines. Leur caractéristique est d'être rongeur et de donner lieu à des ganglions sous-maxillaires qui, ultérieurement, se soudent à la tumeur.

IV. — Les tumeurs de la branche montante sont rares, ce sont des sarcomes.

V. — Nous avons attiré l'attention sur ce fait d'anatomie que le mylo-hyoïdien oblique par rapport au maxillaire laisse au-dessus de lui un rebord alvéolaire en arrière et presque tout le maxillaire en avant ; d'où cette conséquence clinique que les tumeurs qui sont au-dessus du mylo-hyoïdien seront à développement buccal et celles qui sont au-dessous se développeront vers la région cervicale.

Nous avons vu que les tumeurs supérieures sont presque toujours des épithéliomas et que les tumeurs inférieures sont toujours des tumeurs conjonctives.

La conclusion thérapeutique est que les tumeurs à développement vestibulaire doivent être abordées par la bouche.

Au contraire, les tumeurs du bord inférieur du corps de l'angle, les tumeurs du maxillaire à développement exclusivement cervical, seront abordées par voie externe. Elles sont hors de notre sujet.

L'une et l'autre voie seront parfois conjuguées et aboutiront alors à une résection dans toute l'épaisseur.

Quant aux tumeurs de la branche montante, matelas-

sée en dedans et en dehors par des muscles puissants, défendue en dehors par le nerf facial et le canal de Stenon, elles ne pourront être utilement abordées que par le bord antérieur de la branche montante et la voie vestibulaire.

*
* * *

Telles sont les notions cliniques sur lesquelles nous voulions insister. En matière de tumeurs, la notion de malignité ou de bénignité et l'indication opératoire peuvent être précisées par la *radiographie*.

IV. — Radiographie

« Véritable anatomie pathologique *in vivo* » la radiographie contribue à établir le diagnostic des tumeurs du maxillaire inférieur et ceci de deux façons. L'une négative, peut-on dire, montre ce que la tumeur n'est pas et élimine les kystes dentifères, les épithéliomas adamantins, les kystes paradentaires.

L'autre positive, renseigne sur l'envahissement de l'os par la néo-formation et permet souvent, d'après l'aspect radiologique, d'avoir une présomption sur la nature de la tumeur. En effet :

Certaines tumeurs ont un *aspect radiologique bénin*.

Elles ont des contours réguliers, précis, plus ou moins arrondis.

Les fibromes se présentent comme une zone claire cerclée d'un anneau sombre situé au niveau de la région alvéolaire,

Les sarcomes à myélopaxes conservent sur les radiographies l'aspect de tumeurs bénignes ; plage claire centrale, sillonnée de ligne ramifiées, qui la divisent en cellules, mais elles sont entièrement circonscrites par une coque osseuse, plus ou moins inégale et bosselée.

D'autres tumeurs ont un *aspect radiologique malin*.

Tels sont les épithéliomas qui le plus souvent se développent par contiguité. D'où deux formes :

l'une superficielle n'intéresse pas l'os assez pour qu'on le remarque toujours sur des radiographies ;

l'autre profonde, térébrante, *grignotant* l'os qui apparaît comme *mité* avec, parfois, l'aspect en dentelle, et ceci donne des indications opératoires que l'on ne peut pas toujours tirer de la clinique : L'épithélioma qui « lèche » le maxillaire est à propagation lymphatique rapide, mais ne nécessite pas de gros sacrifices osseux. L'autre, au contraire, a une propagation ganglionnaire moins rapide mais nécessite une exérèse osseuse très étendue.

Les sarcomes d'autre part, d'aspect souvent peu caractérisé radiographiquement, se présentent schématiquement sous deux aspects, suivant qu'ils sont centraux ou périostiques.

Le sarcome central se révèle par une tache claire à *limites imprécises* et irrégulières. De petites taches analogues apparaissent autour de la précédente et s'étendent plus ou moins loin. Leur diffusion témoigne de l'infiltration du néoplasme. L'ensemble est flou et estompé.

Le sarcome périostique, presque invisible, se manifeste par une irrégularité plus ou moins étendue d'un

des bords de l'image osseuse. L'os est progressivement usé et prend un aspect dentelé caractéristique : le sarcome périostique est souvent ossifiant. Il se traduit alors par une augmentation considérable de l'opacité osseuse (1).

(1) Nous empruntons les éléments de ce chapitre à la si intéressante thèse du D^r P. LIFSCHITZ : *Diagnostic radiographique des tumeurs des os*.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

I. — L'anesthésie

a) Dans le service, toutes les opérations ont été pratiquées sous anesthésie générale sans qu'apparemment il s'en soit suivi aucun dommage pour les patients.

Celle-ci se pratique de deux manières :

— Lorsque l'on intervient par voie externe le chloroforme avec la pipe de DELBET et l'appareil de RICARD permet une anesthésie « à distance et continue » qui facilite l'intervention, car elle permet le bourrage du pharynx.

— Ou bien l'on intervient par les voies naturelles et :

1. On emploie encore la pipe de DELBET. Si elle devient une gêne, on a le choix entre :

2. L'anesthésie par trachéofistulisation intercricothyroïdienne avec, monté sur la canule de BUTLIN, l'appareillage de SEBILEAU-LEMAITRE, qui est dérivé de la pipe de DELBET. Elle permet aussi le tamponnement pharyngé ;

3. L'anesthésie à l'aide d'une soufflerie à thermocautère où le chloroforme remplace le benzol. Les vapeurs anesthésiques sont conduites dans le pharynx par une sonde molle introduite par la narine et fixée à l'aide du nez.

Ce dernier procédé, malgré l'inconvénient de ne pas permettre le bourrage du pharynx et de ne pas réserver au seul patient les vapeurs anesthésiques qui viennent en outre incommoder l'opérateur, a le gros avantage sur la canule de BUTLIN de ne pas nécessiter cette intervention — si bénigne soit-elle — que constitue la trachéotomie intercricothyroïdienne. Dans le service, nous voyons également employer la pipe et la sonde (appareillage d'OMBRÉDANNE).

b). Personnellement nous donnons la préférence à l'anesthésie régionale pratiquée d'un seul ou des deux côtés à l'épine de Spix, suivant l'une des méthodes décrites par les différents auteurs.

Elle doit être le plus souvent complétée par une anesthésie locale par infiltration.

Elle demande une préparation du malade à la scopolamine morphine qui endort le malade en même temps qu'elle l'empêche de saliver.

II. — La voie d'abord

Comme nous l'avons déjà indiqué, *l'anatomie de la tumeur commande la voie d'abord.*

Est-elle à développement buccal ? On l'abordera par les voies naturelles. Ce sera le cas pour les tumeurs

gingivales et symphysaires, celles que nous avons en vue.

A-t-elle au contraire son maximum de développement au-dessous du mylo-hyoïdien, on l'abordera par l'incision classique de résection du maxillaire. C'est ce qui se passera le plus fréquemment pour les tumeurs de l'angle. Là n'est point notre sujet.

La voie naturelle.

Celle-ci suffit le plus souvent sans incision. Cependant, lorsque la tumeur siège loin de l'orifice buccal, on doit l'agrandir par une incision de JÆGER, *entaille commissurale* de SEBILEAU qui donne un large jour, ne lèse aucun organe, et qui, suturée avec soin, se laisse au bout de quelques semaines qu'une imperceptible cicatrice.

Chez les sujets âgés, aux muscles faciaux flasques, à la bouche édentée, l'hiatus buccal ne laisse plus facilement distendre et l'on a moins besoin de recourir à l'incision de la joue.

III. — Technique

Elle consiste à enlever ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut, très largement sans s'inquiéter de ce qui restera.

L'enlever en bloc autant que possible.

Respecter un pont osseux si léger soit-il.

a) Tumeur de la superstructure. (Fig. 1).

Incision de la muqueuse à 1 centimètre de la tumeur environ après avoir extrait les dents qui gênent.

Ruginer le périoste au niveau de l'incision.

Entailler l'os au ciseau sur le tracé de l'incision.

Le fragment une fois ébranlé, le saisir dans la grande pince gouge de Rouge et l'enlever en bloc.

Régulariser les bords de la place à la pince gouge ordinaire.

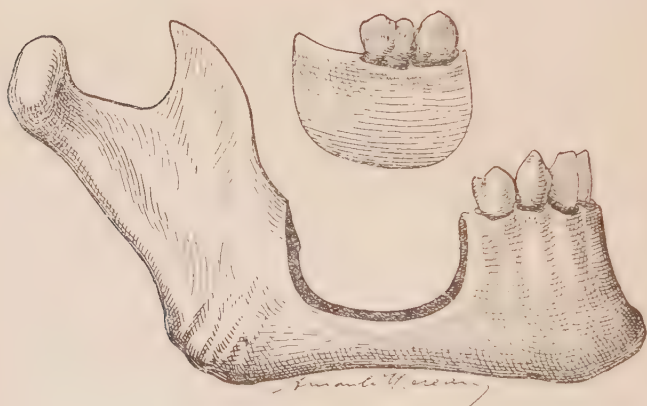


FIG. 1. — Résection du rebord alvéolaire et d'une partie de l'infra-structure.

(Une mince baguette osseuse, plus grêle qu'elle n'a été représentée, assure la continuité).

Pratiquer à la curette le renettage du lit osseux.

Hémostase si des vaisseaux importants saignent.

Mèche à l'Ektogan.

Exceptionnellement suture partielle de la muqueuse du plancher à celle de la joue.

b) Tumeur de la branche montante.

Voie naturelle élargie par l'incision commissurale.

Incision. Rugination. Extirpation de la tumeur, selon les mêmes principes.

La blessure de l'artère dentaire inférieure à son entrée est possible. Difficile à pincer elle a pu obliger d'interrompre une intervention.

c) Tumeur de la symphyse. (Fig. 2).

Respecter, autant que faire se peut, les apophyses géni et les insertions du digastrique. Cependant, parmi

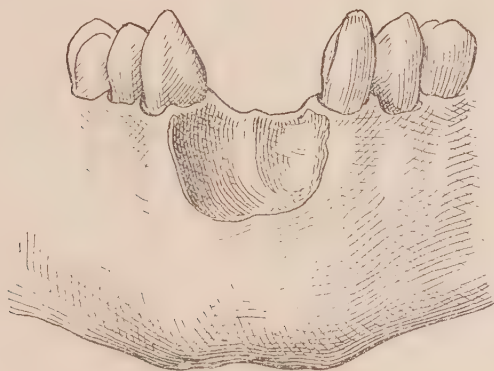


FIG. 2. — Résection du rebord alvéolaire et de la table externe de la région symphysaire.

La table interne est presque complètement respectée.

les observations que nous avons relevées, il se trouve quelques résections de la symphyse et nul incident

d'ordre asphyxique n'est mentionné, non plus qu'une précaution contre la ptose linguale.

d) **Y a-t-il des ganglions ?**

On les extirpe, en un 2^e temps : l'intervention pratiquée est alors l'évidement de la loge sous-maxillaire avec ablation de la glande elle-même.

e) **Il arrive que la résection économique conduise, de fragment en fragment, à une résection segmentaire.**

Mais celle-ci se fait parfois de propos délibéré, soit que les ganglions soient adhérents à l'os, soit que la peau soit envahie par le néoplasme.

L'intervention se fait alors : par voie buccale pour les tumeurs symphysaires et parasymphysaires non adhérentes à la peau.

C'est ici que la collaboration pré et post-opératoire du prothésiste et du chirurgien devient indispensable. *Un appareil de contention est en effet immédiatement nécessaire à qui veut obtenir une restauration fonctionnelle complète et rapide.* Nous y reviendrons chapitre des soins post-opératoires.

IV. — Soins post-opératoires.

Ablation des mèches du 1^{er} au 4^e jour, suivant le cas.

Si l'on a laissé des pinces à demeure, les enlever au bout de 48 heures.

— lavages de bouche fréquents à l'eau boratée ou oxygénée ;

— attouchements au bleu de méthylène ou à l'arsénobenzol ;

— lever le 3^e ou le 4^e jour ;

— exeat deux ou trois jours après.

V. — La Prothèse

Il faut distinguer :

a) la prothèse post-opératoire qui consiste à mettre sur une armature intacte de maxillaire, des dents pour mâcher ou pour l'esthétique. Cette prothèse nous intéresse peu.

b) *la prothèse préopératoire et opératoire, la prothèse de contention :*

Celle-ci est absolument nécessaire chaque fois qu'il y a perte de substances dans la continuité de la mâchoire. Encore faut-il que cette prothèse réponde à certains desiderata et voici comment notre Maître le Professeur SEBILEAU jugeait en 1908 la prothèse tardive et les mauvais procédés de prothèse immédiate.

« Mais le pire inconvénient de cette prothèse est d'être tardive et, par conséquent, de ne pouvoir être appliquée qu'après une période au cours de laquelle le patient est soumis à un des deux régimes suivants, presque également désagréables : ou bien, après cicatrisation de la plaie buccale livrée à son évolution naturelle, l'opéré doit subir la réduction tardive des adhérences cicatricielles et des déformations entraînées par celles-ci ; ou

bien, dès l'opération faite, il doit subir les incalculables désagréments de ce qu'on dénomme la prothèse chirurgicale immédiate et provisoire. Ces deux choses demandent une explication.

Quand après la résection de la mâchoire inférieure on laisse le champ opératoire guérir par ses propres moyens, le fragment mandibulaire flottant ne tarde pas à être porté en adduction et en rétroposition ; il est ensuite plus ou moins fixé par une formation conjonctive qui, sous la muqueuse de la joue et du plancher constitue des adhérences plus ou moins serrées. Or, c'est ce fragment qu'il faut réduire, ce sont ces adhérences qu'il faut assouplir, c'est ce tissu fibreux rétractile qu'il faut étirer, allonger avant l'application de la prothèse définitive, et on n'arrive à tout cela que par l'usage de divers appareils de redressement et de traction (fronde de DELAIR, fronde de FREY, cupules estampées de LEMERLE) et par la mise en œuvre d'appareils de tassement, sortes de lourdes pièces en étain qui compriment la cicatrice, l'allongent, l'éloignent, se font une sorte de nid dans la bouche et créent ainsi dans cette dernière une excavation suffisante pour contenir l'appareil de prothèse définitive ; c'est le procédé de la prothèse tardive sans prothèse immédiate.

Quand, au contraire, après la résection mandibulaire, pour parer à ces inconvénients qui s'attachent aux appareils réducteurs, on maintient après l'opération la statique de la cavité de la bouche par l'application d'un appareil interfragmentaire, on crée une sorte de prothèse provisoire, de prothèse d'attente : c'est la prothèse

immédiate, la prothèse de MARTIN. Les ennuis et les inconvénients de celle-ci ne se comptent pas. Les deux fragments osseux à l'extrémité desquels est fixée la pièce intermédiaire (caoutchouc, porcelaine, métal) baignent, pour ainsi dire, dans la bouche ; ils s'infectent, suppurent, subissent la nécrose parcellaire ; des fistules s'ouvrent dans le cou ; l'appareil se mobilise, vacille ; les écrous, les boulons, les vis se détachent ; toute la pièce finit par tomber ou par exiger l'extraction. Et quand, alors, s'opère après la disparition du corps étranger, la formation cicatricielle, quand vient l'heure de la prothèse définitive, ce sont les mêmes déviations, les mêmes adhérences que si on s'en était tenu à l'évolution naturelle de la plaie chirurgicale. On n'a guère fait autre chose que de perdre son temps.

C'est pour remédier à ce mauvais état des choses, par nous constaté, sur plusieurs malades, que nous avons imaginé, mon élève et ami Georges LEMERLE et moi, de réaliser un procédé nouveau dont je dois dire que nous n'avions pas osé attendre en pratique autant qu'il nous a donné. L'événement a, en effet, réalisé l'évolution schématique et idéale que nous nous étions faite des choses. Voici l'idée : application dans la bouche, du côté sain avant l'opération, d'un appareil simple destiné à assurer, après l'opération, la fixité de l'arc mandibulaire, à maintenir l'articulation dentaire, à résister en somme à l'adduction et à la rétroposition vers lesquelles s'oriente toujours le fragment flottant (premier temps) ».

Tel est le principe des appareils tels qu'ils sont main-

tenant appliqués dans le Service. Nous devons ceux que nous reproduisons ici (fig. 3 et 4) à l'obligeance du doc-

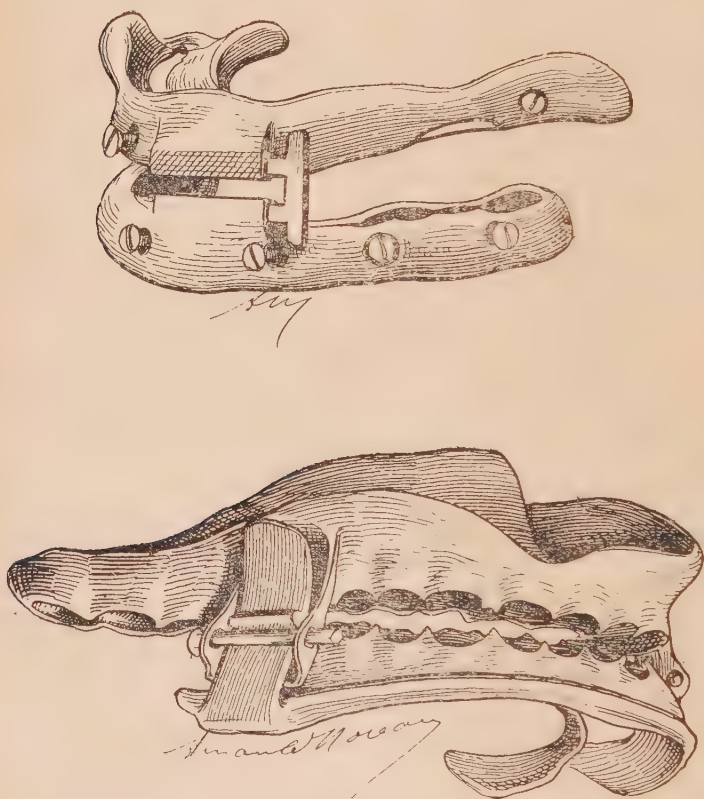


FIG. 3 et 4. — Deux modèles d'appareil de prothèse pour le blocage après résection dans la totalité du maxillaire inférieur. L'appareil n° 3 en vulcanite est bloqué par un verrou médian. L'appareil n° 4 en métal servant de guides lorsque ultérieurement on permet les mouvements. Sur ce dernier appareil on remarque bien que la pièce inférieure est plus courte que la supérieure. La partie manquante répond au fragment maxillaire réséqué.

teur CHENET, stomatologiste de la clinique O. R. L. à Lariboisière, que nous remercions de sa collaboration.

VI. — Les plastiques secondaires

Elles sont parfois nécessaires lorsqu'il y a eu une perte de substance jugale ou une cicatrisation vicieuse cervicale. Elles se pratiquent selon les règles habituelles.

Notons cependant l'échec presque constant des greffes osseuses dans les cas de résections des tumeurs. Cet échec est à opposer au succès, presque constant lui aussi, des mêmes greffes dans les pseudarthroses du maxillaire.

LES RÉSULTATS

Nous les déduisons de la statistique du service dont nous résumerons plus loin, en un tableau synoptique, les observations recueillies avec des résultats éloignés.

Mais auparavant nous voulons exposer les résultats de la résection typique ce qui est nécessaire pour juger la valeur de la résection atypique.

Voici ce qu'écrit LENORMANT sur les résultats de la résection totale :

« La gravité de l'opération dépend de l'étendue de l'exérèse. Les résections partielles sont des interventions bénignes et dont la mortalité actuelle est presque nulle. Au contraire, les résections totales, malgré l'antisepsie et les perfectionnements de la technique restent des opérations très sérieuses, surtout dans le cas de tumeurs malignes...

La statistique de SCHMIDT renferme 38 résections totales du maxillaire inférieur avec 3 morts, soit près de 9 pour 100.

Si l'on fait abstraction des tumeurs à myéloplaxe, les résultats éloignés de l'intervention dans les sarcomes et les cancers sont mauvais...

La récurrence locale ou plus rarement ganglionnaire, d'ordinaire précoce après 3 à 6 mois, quelquefois tardive et survenant au bout de plusieurs années est la règle : tous les opérés de KRONLEIN ont récidivé ; ESTLANDER a eu 10 récurrences sur 12 opérations, PEZOLD 16 sur 17.

D'une façon générale, le pronostic est beaucoup plus mauvais dans le cancer que dans le sarcome. « A côté de ces séries désastreuses, il en est d'un peu moins mauvaises ».

Tel est donc le bilan de la résection typique : 8 à 9 % de mort post-opératoire. Récurrence presque constante.

Les résultats que la résection économique peut mettre en parallèle ne sont guère plus brillants en ce qui concerne les récurrences des tumeurs malignes.

Mais ils sont infiniment supérieurs quant au choc post-opératoire.

1° Résultats de la résection économique quo ad vitam :

Sur 29 opérés de 1913 à 1923, nous n'avons pas relevé *un* mort post-opératoire. Par contre, durant notre internat, nous avons vu sur deux cas d'hémi-résections typiques, un cas de mort dans les 24 heures.

Les complications opératoires, malgré l'anesthésie générale sont rares. Les accidents pulmonaires sont peu fréquents. Le foyer opératoire se draine largement dans la bouche et on n'observe pas souvent de fièvre post-opératoire.

Deux ou trois fois, au bout d'une ou deux semaines,

on a vu se former au niveau de parties molles réunies (gencive, plancher, joue) une petite collection qui retardait à peine la guérison.

Celle-ci survient à une date très variable suivant les délabrements auxquels on a été conduit ; de 15 jours à 1 mois 1/2.

Les résultats tardifs sont à considérer suivant la tumeur à laquelle la résection s'est adressée.

— S'agit-il de tumeurs bénignes, telles qu'un fibrome, un sarcome à myélopaxe, la guérison est totale et définitive ;

— S'agit-il d'un sarcome, le pronostic est moins bon. Nombre de sarcomes en effet sont malins et récidivent de façon inopérable.

— Enfin, *les épithéliomes récidivent presque toujours.*

Cette récidive se fait : soit au niveau des ganglions, soit *in situ*. Mais nous ne pensons pas ce résultat défavorable soit dû à la résection économique. La résection typique est grevée de la même charge. Ceci tient sans doute à l'insuffisante résection des parties molles autour de la tumeur.

Peut-être faudrait-il comme dans certaines opérations pour cancer de la langue, enlever en bloc maxillaire, plancher et ganglions.

On sait assez quelle mortalité effroyable pèse sur cette intervention et nous ne l'avons jamais vue pratiquer dans le Service.

En tout cas, puisque les tumeurs malignes restent au-dessus des ressources de la chirurgie, il vaut mieux, croyons-nous, donner la préférence à la résection éco-

nomique qui ne tue jamais, *qui laisse au malade le bénéfice du doute* et dont les résultats fonctionnels et esthétique sont parfaits.

2° Les résultats fonctionnels.

Puisque la résection économique vise à respecter l'intégrité de l'arc mandibulaire, celui-ci conserve sa forme, et par suite l'articulé dentaire. Sur le lit de la tumeur, on peut, après cicatrisation, poser un appareil de prothèse masticatoire. Sur deux malades revues après résection de la superstructure dans la région symphysaire, nous avons remarqué *une sorte de rapprochement des bords osseux* qui se sont inclinés l'un vers l'autre de telle sorte que dans un cas par exemple, là où l'on avait enlevé six dents, la pièce de prothèse n'en peut porter que quatre.

Au point de vue esthétique, le galbe du visage n'est altéré que dans les cas de résections de l'infrastructure.

3° Dans les résections totales atypiques, la prothèse immédiate de contention permet d'obtenir une cicatrisation en bon articulé dentaire, avec des fragments unis par un tissu fibreux solide, et qui fait que les mouvements de mastication se passent — non dans la pseudarthrose — mais dans la temporo-maxillaire.

STATISTIQUE DU SERVICE

Sur 27 malades opérés en 12 ans, dans le Service, nous n'avons pu en retrouver que dix, qui se décomposent ainsi :

4 tumeurs bénignes avec 4 guérisons :

3 sarcomes avec 3 guérisons immédiates :

3 épithéliomas avec 2 morts dont 1 par récurrence immédiate et une par récurrence tardive, et une guérison par radium chirurgie.

Des observations étudiées, on peut encore faire ressortir un fait du reste déjà établi, que la femme est beaucoup plus souvent que l'homme atteinte de tumeurs du maxillaire inférieur.

Nous donnons ici un tableau synoptique de ces observations. Nous publions cependant une observation complète, relative au cas d'épithélioma traité par la chirurgie après échec de la radiothérapie.

NOM	AGE	SEXE	DIAGNOSTIC	BIOPSIE	INTERVENTION	RÉSULTAT	
						IMMÉDIAT	ÉLOIGNÉ
I. — S. Prosper, 1921.	53	H	Epi. Gingivo - maxillaire sur leucoplasie. Adénopathie.		Réséction économique.	Bon.	Récidive <i>in situ</i> en 1923. 2 ^e intervention en juillet. Récidive et mort en novembre 1923.
II. — L. Marie, 1923.	53	F	Tumeur conjonctive du maxillaire inférieur.	Fibrome pur fasciculé.	Economique.	Bon. Es-quellectomie secondaire	Excellent. <i>incurvation de l'os</i> .
III. — M. Paul, 1924.	60	H	Epi. de la symphyse et du plancher.	Spino-cellulaire à globes cornés.	Typique partielle.	Passable. Adénopathie secondaire.	Récidive 6 mois après. Mort par suicide.
IV. — L., 1924.	28	F	Tumeur conjonctive. Ayant déjà subi deux curetages.	Fibro sarcome ostéopériostique	Economique.	Bon.	Excellent.
V. — G. H., 1925.	34	F	Tumeur conjonctive de l'angle de la mâchoire.		Economique qui conduit à enlever l'os dans sa continuité.	Bon. Prothèse.	Parfait. Bon articulé dentaire. Petite déformation externe. Articulation temporo-maxillaire fonctionne parfaitement.
VI. — C. Angelina, 1921.	40	F	Fibrome périostique.		Economique.	Bon.	Parfait. Seule une cicatrice sur la gencive.
VII. — C. Louise, 1923.	51	F	Récidive de sarcome opéré par PÉAN, 20 ans auparavant par résection typique.		Totale à la demande. Pas de prothèse parce que pas de point d'appui.	Bon.	Parfait. Pas de chute de la langue. Tout se meut par l'intermédiaire des deux temporo-maxillaires.
VIII. — B. Piano, 1923.	24	F	Sarcome.	Chondrosarcome.	Economique.	Bon.	Parfait. <i>Rapprochement des bords du maxillaire.</i>
IX. — R. Honoringe, 1913.	39	F	Kystc.	Fibrome.	Economique.	Bon.	Bon. A écrit pour se plaindre de douleurs.

X. — B... Alfred, 40 ans.

Le 24 février 1926 notre Maître le Professeur SEBIL-
LEAU présentait en ces termes ce malade à la *Société de
Chirurgie* :

« Je vous présente un cas intéressant de radio-né-
» vrose très tardive du maxillaire inférieur. Il s'agit
» d'un malade qui m'a été adressé, au mois d'octobre
» 1922, porteur d'un vaste épithélioma de la moitié
» droite de la mâchoire inférieure. La lésion était si
» étendue qu'elle me parut inopérable ; aussi envoyai-
» je le patient au Dr HARET, directeur du service radio-
» thérapeutique de l'hôpital Lariboisière. Celui-ci dirigea
» sur la région malade 12.000 R en quatre irradiations
» séparées les unes des autres par un intervalle d'un
» mois et filtrées par un millimètre de cuivre et 2 mil-
» limètres d'aluminium. Le résultat sur la lésion épithé-
» liale fut à peu près nul et, cédant à l'instance prière
» du malade, je me décidai à pratiquer en novembre
» 1922 la résection de la moitié droite de la mâchoire
» inférieure, accompagnée d'une large exérèse des par-
» ties molles et d'un évidement de la loge sous-maxil-
» laire. Au préalable, j'avais fait assurer par un de mes
» chefs de prothèse, le Dr CHENET, le maintien mécani-
» que de l'articulé dentaire gauche, pour empêcher la
» déviation consécutive à la rétraction cicatricielle et
» l'entraînement à droite de la moitié gauche, restante,
» de la mâchoire inférieure.

« Après quelques semaines durant lesquelles il fut
» assez éprouvé, l'opéré guérit et quitta mon service.
» Depuis cette époque, il vint me voir de temps à

» autre ; nulle trace de récidence ne se manifestait.

« Il y a trois mois environ, des accidents inflammatoires apparurent (gonflement énorme des gencives, ébranlement des dents, tuméfaction de l'os, rougeur des téguments) ; très rapidement l'ostéite se termina par de la nécrose et, en quelques semaines, le malade vit s'éliminer la presque totalité de l'hémimâchoire qui lui restait. De cette mâchoire, il n'y a plus aujourd'hui qu'un court segment sous-condylien et un tronçon mentonnier qui est en voie de nécrose.

« Le malade est, comme vous le voyez, très défiguré. Un vaste orifice fait communiquer la partie gauche de la bouche avec l'extérieur ; il s'en écoule constamment de la salive.

« En somme, il s'agit ici d'une radio-nécrose tardive de la moitié gauche de la mâchoire inférieure, laquelle est morte des suites d'un traitement appliqué à une lésion néoplasique de la moitié droite.

« A la face, ces nécroses de la mâchoire, consécutives à l'application du radium et des rayons X, sont malheureusement fréquentes en raison de l'infection facile des os par la bouche ».

Après des remarques faites par MM. Pierre Bazy, Roux-Berger, Proust, Basset, Gernez, notre maître terminait ainsi la présentation de ce malade :

« Il est bien entendu qu'en faisant cette présentation je n'ai ni voulu établir un parallèle entre la cure opératoire et la cure physique des tumeurs malignes de la mâchoire inférieure, ni prétendre apprendre à

» mes collègues l'existence d'accidents qu'ils connais-
» sent comme moi. Mais il m'a semblé que le caractère
» particulièrement tardif et d'ailleurs redoutable, ana-
» tomiquement et physiologiquement, de certaines de
» ces radio-nécroses méritait d'être signalé. Je sais com-
» bien la craint mon ami le professeur REGAUD qui,
» d'ailleurs, m'a fait l'amitié de m'adresser plusieurs
» de ses malades aux fins d'anaplastie restauratrice.
» *Je sais aussi l'action indéniable du traumatisme et des in-*
» *fections contingentes sur la genèse des radio-nécroses* et
» je partage entièrement l'avis de ROUX-BERGER. D'ail-
» leurs, sur l'opéré que je viens de vous montrer, il y
» lieu d'incriminer l'ébranlement répété produit par
» l'appareil de contention, la pyo-arthrite alvéolaire
» consécutive et la chute de certaines des dents res-
» tantes ».

CONCLUSIONS

I. — La résection économique est applicable à toute la chirurgie du maxillaire inférieur et plus particulièrement aux tumeurs bénignes et malignes.

II. — Sa technique est simple :

Opérer autant que possible par les voies naturelles, le mode d'anesthésie importe peu, mais l'anesthésie locale est plus indiquée chez les débilités et les vieillards.

Passer à distance de la tumeur et l'enlever en bloc en respectant une bande de tissu osseux, si petite soit-elle.

L'anatomie de la tumeur commande sa voie d'abord.

III. — La mortalité post-opératoire immédiate est nulle.

IV. — Les résultats opératoires sont excellents au point de vue fonctionnel et esthétique.

V. — Cependant les résultats tardifs laissent encore à désirer : parfaits en ce qui concerne les tumeurs osseuses bénignes,

bons pour les sarcomes,
ils sont mauvais pour les épithéliomas, qui semblent du reste le plus souvent au-dessus de toute ressource chirurgicale.

VI. — Dans les cas où l'on est entraîné à interrompre la continuité du maxillaire, une prothèse immédiate de contention assure les meilleurs résultats esthétiques et fonctionnels.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu le Président,
PIERRE SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
LAPIE.